18.

TRE FISTOLE VESCICO-VAGINALI

ED

UNA VESCICO-CERVICO-VAGINALE

PEL

DOTT. A. D'ANTONA

Estratto dal Giornale Internazionale delle Scienze Mediche—Anno V.

NAPOLI
ENRICO DETKEN EDITORE
Piazza Plebiscito
1883

TRE FISTOLE VESCICO-VAGINALI

ED

UNA VESCICO-CERVICO-VAGINALE

PEL

DOTT. A. D'ANTONA

Estratto dal Giornale Internazionale delle Scienze Mediche—Anno V.

NAPOLI
ENRICO DETKEN EDITORE
Piazza Plebiscito
1883

STABILIMENTO TIPOGRAFICO DELL'UNIONE
Strada nuova Pizzofalcone, 3.

Colla speranza di poter accumulare altre osservazioni ho ritardato la pubblicazione di queste quattro occorsemi negli anni 1881-82-83. Ma non mi si sono presentati altri casi.

I. Fistola vescico-cervico-vaginale.

1.ª Osserv. — Caterina Giannasco da Mirabella Eclano, di anni 42, mestruata al suo 14° anno di età, passò a marito a 25 anni. Dopo 2 anni di matrimonio ebbe un parto felicissimo, e così per cinque altri di seguito. Il settimo parto, quattro anni addietro a contare dalla data della nostra prima osservazione (Marzo 1881), fu assai lungo e laborioso. La presentazione fu cefalica (non si può sapere quale), ma la grossa testa del feto, impegnatasi nella piccola pelvi, vi rimase per un giorno intiero, e fu per mezzo del forceps che la si potè cacciar fuori.

La Caterina ne sentì gran male, ebbe emorragia, ma infine guarì, ed il suo figlio vive bene. Dopo un anno circa ella divenne di nuovo incinta, ma quando fu al travaglio del parto, si vide procedere solamente un arto inferiore. In quella commiserevole posizione la infelice rimase per parecchie ore. Venuto dipoi un chirurgo, non fu possibile tirar fuori l'altro arto e completare così il parto, ma fu d'uopo adoperare in prima tutta la forza delle mani sull' arto fuoriuscito e poi il forcipe per espletarlo. Dovette esser un ben penoso e lungo lavoro quello; difatti la povera donna perdette i sensi e la conoscenza, e non mi sa dire nient'altro di preciso.

Per i primi giorni la puerpera, rimasta a letto in modo assai malconcio, non sa dire come urinò ma pare non avervi notata alcuna novità; quando al 4° giorno, volle urinare, non potè compiere l' atto, ed invece si sentì molto bagnati i genitali; e

quando, sorpresa della novità, la puerpera levossi da letto e scese a terra, allora si accorse che l'urina in quantità veniva scappando tutta per la vagina.

Riavutasi alla meglio dal puerperio, la Caterina si portò a Benevento dall' egregio D. Rossi. Confermata l'esistenza dell' ampia perdita di sostanza del setto vescico-vaginale, furono tentate e per più volte le pennellazioni al nitrato d'argento con nessun risultato.

L'egregio amico D. Nicola de Bellis, avendo avuto l' occasione di osservare la inferma, la persuase a portarsi da me; e difatti egli me la presentò ai primi di febbraio 1881, ed io l' accolsi nello Ospedale Internazionale.

La Giannasco è una donnetta di media statura, ben conformata, ma un po' sciupata.

Genitali esterni e parti interne ed alte delle cosce bagnate di urina, irritate molto ed affette qua e là da cronico eczema. Vagina larga, soffice ed estensibile. Con due delle mie grosse dita si penetra liberamente per la fissura fistolosa in su nella vescica.

Tanto nel decubito dorsale col torace un po' rialzato (posizione per l'operazione della pietra), come anche in senso inverso, cioè col bacino rialzato (posizione alla Simon) non è possibile scovrire bene la fistola in tutte le sue particolarità. L' utero mobilissimo discendeva giù agevolmente, ma le larghe pieghe, nelle quali la scorrevole e larga parete anteriore della vagina raccogliendosi si riduceva, covrivano in parte l' apertura fistolosa. Neppure nella posizione laterale sinistra si riusciva meglio.

Mentre, situando la inferma bocconi sulle ginocchia e gomiti, o meglio ancora sulle ginocchia e torace, l'ampia vagina si distendea e, spiegandosi in tutte le sue pieghe, lasciava scoverta e beante tutta la fissura vescico-cervico-vaginale. A vagina così distesa, l'apertura fistolosa, incominciando dalla linea mediana a tre centimetri dietro l'orificio esterno dell' uretra, obbliquamente diretta, si estendea fino al fornice laterale sinistro, comprendendo l' inserzione della vagina e quasi tutta la porzione intravaginale del collo.

Le due labbra del collo però aderivano intimamente e facevano parte delle margini più alte della fistola. In tutta la loro lunghezza quelle margini erano regolari, spesse, e la ricca parete vaginale le rendeva piuttosto introflesse verso la vescica: cosicchè non solo non era a parlare di estroflessione della mucosa

vescicale, ma, per iscovrire la linea d'unione di questa colla mucosa vaginale, occorreva che la vagina fosse ben distesa trasversalmente. Due dita entravano liberamente in vescica, e, distendendo un po' la fissura, avrebbero potuto entrare tre dita, tentativo inutile, che non feci.

Per iscovrire possibilmente lo sbocco degli ureteri feci moltissime pruove e ricerche — non ci riuscii — e sì che la inferma era eccezionalmente paziente e docile.

Fu in questa occasione che provammo lo speculum di Amabile, ma non fummo fortunati abbastanza per giovarcene, e più sotto diremo le ragioni perchè dovemmo metterlo da banda. Il mio speculum, che è quello di Sims, ma coi cucchiai molto più corti e più larghi, mi servì egregiamente.

Non occorse alcuna preparazione nella vagina e vescica, sicchè il giorno 10 febbraio 1880 passai alla cucitura della fistola. Mi assistevano gli amici ed egregi Dottori Malbranc, Biondi, de Bellis, de Simone.

Disinfezione preventiva vaginale e vescicale; posizione che variava tra quella delle ginocchia e gomiti e l'altra delle ginocchia e torace. Applicazione dello speculum mio , (cucchaio larghissimo e brevissimo).

Fissazione della vagina colla lunga e curva pinzetta a griffes — ravvivamento delle margini coi coltellini di Sims. La manovra riesce con difficoltà verso l'angolo superiore vagino-cervicale. Si regolarizza il resto colla forbice. A sinistra di questo angolo ci ha una piccola arteriola, che sanguina discretamente. Collo zaffo semplice tenutovi su per dieci minuti, s'arresta quasi il sangue senza bisogno di ligatura , però, nel passare i punti, procuro di farne corrispondere uno giusto presso il punto sanguinante.

Con comune ago chirurgico ricurvo portato colla pinzetta di Spencer Wells riesco a passare undici punti con fili di seta — ai quali sostituisco altri undici fili d'argento colla manovra alla Bozemann, e senza che alcun filo si rompa o manchi nella manovra di sostituzione.

Colla semplice torsione stringo i fili, e le margini fistolose vengono a perfetto contatto.

Iniettata una discreta quantità d'acqua in vescica, non ne passa una goccia in vagina.

Quantunque mi fossi proposto di mettere i punti assai ravvicinati, ed avessi creduto di aver eseguito esattamente questo piano,

pure, dopo aver guardato la rima suturata distesa bene dall' acqua iniettata in vescica, rimasi dispiaciuto di non averli posti ancor più vicini. Avrei voluto vederli di quattro in quattro millim. distante l'uno dall' altro, invece di sei a sette.

Fissato un grosso catetere Nelaton in vescica, e praticata una iniezione ipodermica di morfina, la inferma fu lasciata decumbere in posizione laterale.

L'operazione durò due ore e più.

Nei primi tre giorni nessuna goccia di urina in vagina. Invece al 4° giorno il pus vaginale è assai tenue e diluito. Al 5° giorno si trovano i genitali esterni bagnati, e con delicata iniezione in vescica si osserva il diretto passaggio dell'acqua in vagina per un piccolo scollamento marginale fra il 4° e 5° punto di cucitura, cominciando a contare dal più vicino all'orificio uretrale.

Al 9° giorno rimuovo gli undici punti, e resta una piccola fessura di un centimetro e più giusto in mezzo, quasi della lunghezza della fessura cicatrizzata sopra e sotto.

Un po' di catarro vescicale e vaginale si corregge nel corso di pochi giorni colla semplice rimozione del catetere e dei fili, e con semplici lavande boriche.

Dopo altri sedici giorni dal termine del periodo mestruale ripeto l'operazione.

Durante le manovre di ravvivamento dell'angolo superiore della fistola, si slega per altro centimetro e più la primitiva cicatrice; cosicchè la fistola dopo questo accidente si fece di due centimetri e mezzo di lunghezza. Si passano sette punti di cucitura. I quali, rimossi all'ottavo giorno, lasciano una bella e lineare cicatrice. La donna comincia ad alzarsi, ed urina da sè; però i genitali di quando in quando si umettano d' urina. Al 15° giorno ricercando, si trova una piccola ansa di filo metallico lasciata in un punto nascosto da una plica vaginale. Nei giorni consecutivi la donna continua ad affermare di perdere di quando in quando qualche poco d' urina, ma solamente stando in posizione eretta. Del resto ella urinava bene ed a volontà. E siccome non si riesce a scovrire alcun orifizio, così si pensa ad un leggiero grado di rilassamento del collo vescicale ed uretra; e la povera inferma, fattasi un po' magra e sciupata, torna al suo paese.

Dopo tre mesi circa la Caterina Giannasco torna in Napoli, perchè, durante il giorno ed in posizione eretta, le scappa di di quando in quando una discreta quantità d'urina.

Colla vista e colle forti iniezioni in vescica, tenendo distesa la vagina, non si riesce a scovrire alcuna apertura ; e solo variando la posizione della donna ed il grado di distensione della vagina , un capillare zampillo d' acqua, che viene dalla vescica giù in vagina, indica il capillare orificio fistoloso, nel quale non è possibile penetrare col più sottile specillo; nulladimeno si hanno ragioni a giudicare ch'esso conduceva ad un tragitto tortuoso sottomucoso, e poi vescicale. Si cauterizza con un piccolo specillo arroventato , e profondamente. Colla cicatrizzazione consecutiva non ci si guadagna nulla.

Allora mi decido a ravvivare ed allargare quel piccolo condotto , e mettere tre punti di sutura metallica ; e questa volta mi servo dell' ago tubolare per ragioni , che saranno discusse più avanti.

Con questa operazione la guarigione è intera e definitiva. Rividi la inferma dopo un anno nel suo paese, e venne da me per ringraziarmi colle lagrime agli occhi.

Pria di partire, volli mostrare la inferma ai Professori Gallozzi, Cotronei e Iennaco.

Appena si potea riconoscere la sede e l' estensione dell' antica fessura, così lineare e regolare era la cicatrice.

Fistola vescico-vaginale.

2.ª Osserv.—L'egregio amico ed antico discepolo Dott. Benedetto Terenzio di Castel di Sangro nel febbraio 1881 mi presentò una sua compaesana. Filomena Carlone di anni 25, di statura piccola, ma fortemente costituita, mestruata a 16 anni e sempre regolarmente, passò a marito venti mesi or sono. Ben presto divenuta incinta, condusse bene a termine la gravidanza.

Il lavorìo del parto incominciato bene, si protrasse per quattro giorni: rotte precocemente le acque e discesa l'estremità cefalica giù nella piccola pelvi, non si trovava modo ad espletare il parto. La levatrice, che fu sola ad ajutare quella disgraziata, riuscì appena al 4° giorno a raccogliere un feto grosso assai e morto.

Poco dopo scapparono molte urine dai genitali ; ma non si sa se per via dell'uretra o della vagina. Nei giorni consecutivi grave febbre e notevoli sofferenze locali ; di quando in quando la inferma urinava da sè e volontariamente per l'uretra. Ma oltre a ciò i genitali erano sempre bagnati di sangue, lochii e forse urina.

Al 10° giorno venne fuori dalla vagina un pezzo d'escara, e da questo momento l'urina scappa tutta per la vagina.

I dintorni dei genitali di quella donnetta, quando la mi fu presentata, erano assai maltrattati dal continuo scolo urinoso misto a pus e muco guasti, provenienti dalla vagina e vescica. Un'ampia fessura, da permettere agevolmente la penetrazione di due delle mie grosse dita, era piazzata trasversalmente a tre centimetri circa in dietro dell'orificio esterno dell' uretra. Detta fessura coi suoi angoli raggiungeva le due branche ascendenti dell' ischio. A dritta specialmente, l'angolo fistoloso, fortemente cicatriziale e sottilissimo, era così aderente all'osso, quasi fosse addirittura formato dal solo periostio coverto di epitelio.

Le margini tese restavano distanti tra loro, e la mucosa vescicale estroflessa ne occupava lo spazio intermedio. La margine posteriore specialmente era dura, cicatriziale e sottile come un comune colletto di tela. Anche la mucosa vaginale dietro quella margine era sclerotizzata e faceva quasi continuazione col piano del canale cervicale dell' utero, inquantochè il labbro anteriore era scomparso ed il fornice vaginale anteriore appianato. Il labbro posteriore era abbastanza largo, lungo e, tratto in giù, facilmente raggiungeva l' apertura fistolosa, tanto che la mia prima idea fu di chiuderla per mezzo del trasporto ed innesto di quel labbro.

La mucosa vescicale, che in decubito dorsale e di lato non si manteneva ridotta, in posizione delle ginocchia e torace si riduceva da sè e si manteneva bene.

Non fu possibile scovrire gli sbocchi degli ureteri.

Le ripetute osservazioni e la introduzione di cucchiai di speculum sempre più grossi servirono a dilatare bene la vagina. Questo modo di preparazione era facilitato da iniezioni prolungate di acqua piuttosto calda.

Ai 15 febbraio 1881 nell'Ospedale Internazionale procedei alla cucitura di quella fistola, assistito dal Direttore D. Malbranc, de Bellis, Biondi, Terenzio. Recentazione coi coltellini di Sims e regolarizzazione colle forbici. Coll'ago fisso tubulare sette punti di cucitura al filo d'argento. Catetere a permanenza in vescica, giacitura laterale alternante, ora a dritta, ora a sinistra.

Non scappa una goccia di urina dalla vagina.

Al nono giorno i punti vengono rimossi. Si scovre una limitatissima disunione delle margini dell'angolo dritto con suppurazione; tutto il resto è perfettamente unito.

Ai 29 marzo ripeto l'operazione su la piccola apertura fistolosa, residuatasi in mezzo a quel tessuto cicatriziale dell'angolo dritto. Si passano tre punti di cucitura; ma sotto la trazione dei fili il tessuto cicatriziale si lacera. Anche questa volta manca la unione; ma l'apertura in realtà è ristretta ancora dippiù.

Allora penso di dissecare con piccolo tenotomo tutto quel tessuto cicatriziale dalle sue strette aderenze colla branca dell'ischio. Ma la paura di ferire la pudenda e la vescica, e lo stato di grande debolezza della giovane mi arrestarono, e la consigliai di tornare in paese a rifarsi; tanto più che l'urina in parte si riteneva, e, d'altronde, per la possibilità di vedere coll'aiuto di cauterizzazioni, affidate al chirurgo curante D. Terenzio, chiudersi finalmente quel piccolo orificio.

Le cose però procedettero diversamente, e nel novembre dello stesso anno la Filomena tornò da me.

L'apertura fistolosa era addirittura capillare; appena con attenta osservazione si poteva scovrire come un piccolo sbocco di una glandola, dal quale veniva un capillare zampillo durante una forte iniezione in vescica.

Siccome l'urina, che si perdea per la vagina, era poca, le alterazioni infiammatorie della vulva e vagina erano più miti.

La cicatrice dell'antica fessura appena si potea riconoscere, ed il tessuto cicatriziale attorno il residuale orificio fistoloso mi parve più soffice, meno aderente all'osso e più vascolare.

Ai 29 novembre recento quell'orificio ed i suoi dintorni, passo due punti di cucitura metallica col solito ago tubulare, i quali, dopo sette giorni rimossi, lasciano una ben solida cicatrice al posto dell'antica apertura.

La giovane partì pel suo paese, e dal D. Terenzio ebbi sempre le migliori nuove sulla stato di quell'inferma.

Fistola vescico-vaginale.

3.ª *Osserv.*—Nel novembre 1882 dal chiarissimo Prof. Patamia mi venne diretta e raccomandata una giovane, affetta di fistola vescico-vaginale.

Maria Leonardis da Bagnara Calabro, di 25 anni, è una graziosa e ben costituita giovane, di statura e sviluppo scheletrico regolare. Fu sempre sana e regolarmente mestruata fin dal suo 14° anno di età. Due anni or sono passò a marito, e divenuta presto incinta, portò a termine la sua gravidanza senza alcun incidente.

Il 21 settembre 1881 (cioè 14 mesi or sono) venuto il travaglio del parto e scesa l'estremità cefalica nella piccola pelvi, quella vi rimase fissa per circa dodici ore, quando spontaneamente e senza alcuno aiuto il parto si espletò colla fuoriuscita di un feto morto. Non si può apprendere nulla di particolare sulla presentazione e posizione della testa.

La giovane già primipara restò assai malconcia, abbattuta, e fin da principio occorse il cateterismo per effettuare l'urinazione. Dei primi giorni la giovane non sa dirmi nulla, ma al 6° giorno già s'accorse che i suoi genitali erano insolitamente umidi, finchè nei giorni consecutivi si constatò la perdita involontaria di tutta l'urina per la vagina.

La preoccupazione della famiglia e parenti fu grande, ma il coraggio d'un chirurgo, che fece ben sperare della guarigione mercè le cauterizzazioni, rialzò il morale della inferma e dei parenti.

Dopo reiterati tentativi e cure, durate 13 mesi, alla fine tutti si persuasero che era inutile sperare più in quei mezzi, e perciò la giovane fu diretta a Napoli.

I genitali esterni, grazie alla somma cura e nettezza, non sono affatto maltrattati — genitali e vagina piccoli — occorrono alcuni giorni di preparazione per rendere sopportabile la introduzione e la fissazione di un cucchiaio di discreta grandezza. A metà della lunghezza della parete anteriore della vagina, e sulla sezione mediana, si osserva una fessura lunga appena 2 centimentri, diretta trasversalmente – le margini sono ben grosse e niente indurate. In posizione delle ginocchia e gomiti quell'apertura si scovre bene, e le sue margini vaginali appajono come se fossero arrovesciati in dentro verso l'apertura vescicale; mentre in posizione laterale la fistola si scovre per bene, e sembrano estroflessi le margini vescicali. Nulladimeno fu questa la posizione che preferii, non per ragioni mie, ma per maggiore comodità della inferma.

Senza cloroformio, ed ajutato dai miei assistenti Biondi, de Bellis, Lordi, Spadaro procedei nel dì 13 novembre 1881 all'operazione: recentazione coi coltellini e regolarizzazione colle forbici. Coll'ago tubulare metto facilmente in direzione d'avanti in dietro sei punti di cucitura con filo d'argento.

Fissato un comune catetere Nèlaton in vescica, la giovane è condotta a letto. Inutile dire che nessun movimento febbrile, nessuna molestia accusa la inferma, all'infuori di quella proveniente dalla obbligata posizione laterale, ora dritta ed ora sinistra.

Al 4° giorno rimuovo il catetere, che s'era reso un po' molesto, e permetto alla giovane di urinare da sè ogni quattro o cinque ore in posizione sulle ginocchia. Al 7° giorno compiuto, rimuovo i sei punti di cucitura, la riunione sembra perfetta. Al 10° giorno permetto alla inferma d'alzarsi, ed al 14° giorno dopo l'operazione la giovane calabrese parte pel suo paese.

Fistola vescico-vaginale e vescico-uterina

Due operazioni mancate. Gravidanza e parto regolare.

4.ª Osserv.—La signora N. N. di anni 32, di ottima costituzione, nativa di Avellino, mi fu presentata dal dottor Pagnozzi all' oggetto d' esser liberata da una molesta fistola vescico-vaginale.

La donna era madre di tre figli viventi; l'ultimo contava 11 mesi. Ella mi narrò che, dopo due mesi circa dall'ultimo parto regolare, soffrì di una violenta infiammazione dell'utero, *come ella la chiamava*. Dopo alquanti giorni di serii disturbi febbrili e sofferenze della piccola pelvi e vescica, si cominciò a vedere del pus mescolato coll'urina, e poi venire fuori dalla vagina dapprima pus solo e poi mescolato coll'urina. Anzi, trascorsi alquanti altri giorni, ella non potè più urinare, perchè l'urina scappava tutta involontariamente dalla vagina.

La inferma era stata visitata due volte dal Prof. Amabile, il quale fece diagnosi di fistola vescico-vaginale, e siccome l'orificio vaginale era piccolo, commendò le cauterizzazioni.

I genitali esterni di quella donna erano assai maltrattati, la vagina ampiissima, sensibile e con catarro purulento.

Giusto nel mezzo del fornice anteriore vaginale si scorgeva un'apertura circolare, piccola, d' ammettere appena un sottile specillo, il quale, spinto, percorreva un tragitto ascendente lungo il collo uterino. Col catetere in vescica si arrivava, ma non senza difficoltà, a riscontrare l'estremo dello specillo introdotto nel tragitto fistoloso. Senza sospettare di altro (come avrei dovuto) e pure ammettendo un' irregolare comunicazione tra vagina e vescica, procedei alla cauterizzazione colla galvano-caustica. Ma il risultato fu nullo. Anzi così l'apertura fistolosa vaginale s'allargò, ed ora poteva ammettere l'estremo di un comune catetere (22 fil. francese).

Mi decisi a ravvivare quell'apertura con profonda recentazione,

sì da sperare di poter comprendere tutto il tragitto sino in vescica; difatti, dopo il ravvivamento, mi parve di vedere ed aver raggiunto le margini della mucosa vescicale. In senso d'avanti in dietro passai quattro profondi punti di cucitura metallica; e la chiusura apparve ben fatta a me, al Dr. Pagnozzi e de Bellis, Biondi e Lordi, che mi assistevano. Senza fare injezioni in vescica, applico il catetere Nelaton ed adagio la donna a letto in posizione laterale. Le cose procedono bene sino al 4° giorno.

D'allora la vagina non è più asciutta, ed incominciano delle sofferenze giù nella piccola pelvi, le quali, aumentando sempre, finiscono per dare esito ad una discreta quantità di marcia mescolata a pus, che veniva dalla vagina, e che poi collo speculum fu riconosciuto provenire dal canale cervicale — rimossi i punti, la riunione si slega completamente e per tutta l'estensione del ravvivamento.

Colle injezioni in vescica si constata che il liquido rifluiva per l'orificio fistoloso vaginale; ma, chiuso questo con un piccolo piumacciuolo di cotone ammassato, il liquido vescicale rifluiva liberamente dal canale cervicale — riconosciuta questa nuova comunicazione vescico-cervicale, mi decido a ripetere e spingere oltre le mie ricerche, per vedere di potere meglio determinare la posizione reale delle cose.

Cloroformizzata la inferma, dilato l'uretra gradatamente coi dilatatori pieni e graduati di Hegar, e poi riesco ad introdurre il mio lungo e grosso indice in vescica.

In corrispondenza della parete postero-superiore della vescica esisteva un'apertura circolare, a margini indurati e precisi, e del diametro approssimativo di sei ad otto millimetri; appena l'apice del polpastrello del mio indice vi si potè impegnare, coll'altro indice, introdotto contemporaneamente in vagina, constatai che la distanza tra l'apertura vescicale e l'altra vaginale era di pochi millimetri.

Allora mi decisi a semplicizzare quel tragitto fistoloso così:

Con pazienza riuscii ad introdurre un filo per l'apertura fistolosa vaginale, e conducendolo per l'apertura cervicale, lo feci uscire dalla bocca esterna uterina. Stringendo gradatamente quel filo, riuscii in tre giorni a dividere completamente tutto lo spessore del labbro anteriore e parete anteriore del canale cervicale.

Allora si scovrì chiaramente tutto il fondo del tragitto e si arrivò quasi anche a vedere giù profondamente l'apertura vescicale.

Con appropriato trattamento procurai rendere un pò meno cattivo l'aspetto di tutto quel tragitto, e, quando mi parve giunto il momento, ravvivai profondamente tutto e passai quattro punti profondi di cucitura metallica, cercando di comprendere pure la apertura vescicale.

La chiusura in primo tempo si ottenne perfetta, tanto che, injettata una buona quantità d'acqua in vescica, non ne scappò una goccia dalla rima di cucitura.

Le cose andarono per bene nei primi giorni — ma verso il 4° la vagina cominciò ad inumidirsi, e quando al 5° giorno osservai il campo operativo, mi accorsi che tutto era mancato; e rimossi nella stessa seduta tutti i punti.

La inferma era assai sciupata e stanca. Io le proposi, ed ella accettò il consiglio, di ritornare al suo paese, rifarsi e poi ritornare dopo qualche mese.

Quale non fu la mia sorpresa, quando dopo due mesi, ripresentatasi la inferma da me per riprendere la cura, e facendomi ella stessa osservare un certo gonfiore dello addome, scovrii una gravidanza tra il quarto e quinto mese! Seppi che la gravidanza fu condotta a termine, ed il parto si compì perfettamente bene — Non so nulla d'altro.

La gravidanza dunque era avvenuta poco prima che io avessi incominciate le osservazioni e le operazioni; ed essa avea potuto avvenire, non ostante lo scolo continuo dell'urina pel canale cervicale e vaginale, e si era mantenuta, non ostante tutte le manovre eseguite nell'interno, non esclusa la sondazione!

Osservazioni.

La cura radicale delle fistole vescico-vaginali per mezzo del ravvivamento e cucitura non è da molto, che fu introdotta in Napoli. Fu precipuamente per l'opera paziente, ingegnosa del Professore Amabile, che quella cura s'accreditò tra i giovani chirurgi di Napoli. L'Amabile non ha voluto più saperne di questo argomento, nè volle più operare alcun'altra inferma.

D'allora in poi la pratica napolitana ha segnato un certo regresso. Invece di continuare con insistenza e pazienza in quella via, per opera di qualcuno s'è rimessa in onore la peggiore e la più inconseguente delle operazioni; io dico l'occlusione vaginale per la cura delle fistole vescico-vaginali (Kolpokleisis).

Quando *Vidal de Cassis* pel primo ebbe l'idea di chiudere con apposita recentazione e cucitura l'orificio vulvare ed in direzione verticale (Episiostenosi) per creare un possibile artificiale serbatoio alle urine, erano altri tempi. I casi di fistole, giudicati allora come inguaribili, erano assai frequenti.

La scienza e la pratica col progresso delle loro conoscenze e dei loro mezzi sono andate man mano riducendo sempre dippiù i casi detti inguaribili; e hanno dimostrato sempre più la infelicità e meschinità dei risultati ottenuti colla Episiostenosi, che è un'operazione destinata ad esser dimenticata, come lo è difatti adesso.

Anche dopo il miglioramento apportatovi da Simon, il quale, invece di chiudere la vulva, volle chiudere la vagina trasversalmente (Kolpokleisis), la posizione non s' è mica gran che mutata. A misura che i gravi inconvenienti, conseguenti alla kolpokleisis, si sono venuti rilevando ed apprezzando, l'avversione dei chirurgi per essa è andata sempre crescendo, e la loro paziente insistenza è venuta sempre più incoraggiandosi coi risultati e colla persuasione, che i casi incurabili col metodo della cucitura sono veramente rari.

Di questa verità e progresso pare che qui in Napoli non si abbia abbastanza coscienza. Quì troppo spesso si riscontrano indicazioni per la kolpokleisis, quì sono troppe le vagine che si chiudono, in rapporto a quelle, che si cuciono.

Non dirò di qualche morte avvenuta dietro una semplice kolpokleisis, ma mi basta far considerare solo tutti i gravi inconvenienti inerenti a quella operazione, per persuadere i nostri colleghi e giovani, che quella è un' infelicissima operazione, che deve serbarsi a quegli estremi ed eccezionalissimi casi, nei quali non si può tenere altra via. Dirò anzi: che l' abilità e la pazienza di un chirurgo può misurarsi dalla rarità, colla quale egli esegue la kolpokleisis, e viceversa. Molti chirurgi non hanno avuto mai l'occasione di farne, eppure tra i casi operati da loro ce n'erano di quelli, nei quali altri avrebbe eseguito la kolpokleisis.

Il fatto di Simon, che, dopo aver visto mancare lo scopo della operazione, riaprì l'occlusione vaginale e riuscì a chiudere la fistola colla cucitura, è la migliore prova di quella mia proposizione, e dovrebbe servire di grande ammaestramento. Colla kolpokleisis si crea un ricettacolo assai irregolare e sinuoso, dove l'urina, il sangue mestruale, il secreto vescicale, vaginale ed uterino si mescolano insieme, ristagno favorito da che le pareti di quello non

sono acconciamente contrattili e si guastano inducendo catarri, pieliti e nefriti suppurative o settiche.

Oltre di questa sorgente d'inevitabili malanni, la donna resta mutilata di ciò, che essa ha di di più caro nell'esistenza, la possibilità dei rapporti sessuali. Ed io non esito a dire che, a giudizio mio, sono maggiori gl'inconvenienti ed i pericoli della kolpokleisis, anzichè quelli della stessa fistola.

So di un caso occorso agl'Incurabili. Era un'operata di kolpokleisis. Il chirurgo di quel pio luogo fu costretto aprire largamente la vasta sacca fat'asi dietro la cucitura. I fenomeni di ritenzione, di suppurazione icorizzata in quella cloaca vescico-vaginale erano tali, da far temere della vita.

Ora è appunto per la migliorata tecnica di osservazione e di operazione, e pel migliorato metodo di preparazione, che oggi le fistole vescico-vaginali quasi tutte possono e debbono essere curate col brillante metodo della cucitura.

Coll'invenzione del cucchiaio Sims-Bozeman, e poi con quello di Simon, la semiotica delle fistole vaginali ed uterine progredì immensamente, e così eziandio la tecnica operativa. Lo speculum del Professere Amabile, inventato collo scopo di far progredire ancora dippiù questa parte della ginecologia, è oltremodo ingegnoso, e rivela la grande pazienza e la molta fatiga, che l'Autore ed i suoi aiuti meccanici hanno dovuto durare per portarlo a quel grado di perfezione.

A misura che all'Autore si presentava una difficoltà o un bisogno nell'atto operativo o nell'osservazione, egli col suo fertile ingegno pensava al modo di soddisfarlo, ed aggiungendo pezzi a pezzi , meccanismi nuovi a quelli già esistenti, fece costruire infine uno speculum , che sarà sempre una splendida prova della pazienza ed abilità meccanica dell'Autore, ma non è, nè sarà mai uno strumento di pratica chirurgica.

Una carrozza costruita per servire a molti usi, e provvista di tanti speciali meccanismi, quanti sono gli usi , ai quali si vuole adibire, finisce per esser buona a niente, e quindi fuori l'uso pratico ed utile.

La Caterina Giannasco (1.ª Oss.) era una donna così paziente, come l'uguale non si può immaginare. Ebbene io colla fermissima volontà di utilizzare lo speculum di Amabile, e col proponimento di dimostrarlo ad un forestiero , il Dr. M. Malbranc , dopo due giorni di prove di tutte le maniere, dovetti rinunciare a servir-

mene. Lo stesso è accaduto nell'ospedale di Gesù e Maria a me stesso e ad altri, ai quali l'ho visto maneggiare. Colle mani lo strumento non si può sostenere per qualche tempo. È necessario servirsi di tutto quel meccanismo, che l'Autore ha dovuto trovare, per fissarlo rigidissimamamente al tavolo. Ora, dopo che s'è riusciti a grande fatica a collocare quel complicato strumento in posizione convenevole e servibile, il minimo spostamento, che è d'altronde inevitabile, fa perdere tutta la fatica ed il tempo impiegato a fissarlo.

Lo spostamento è inevitabile, perchè ad immaginare diversamente, bisogna supporre non pure una rigidissima immobilità della donna contro lo strumento; ma è d'uopo ch'ella continuamente prema contro lo stesso, per impedire ch'esso non si ritragga, o meglio che, pella sua elasticità, la vagina non finisca di ritirarsi dietro il rigido strumento. Altrimenti, ogni minimo movimento della donna si risolve in uno spostamento delle parti genitali sullo strumento. Se è possibile immaginare quella tale rigida immobilità, lo lascio considerare ad ogni operatore.

Il cucchiaio di Sims Bozeman e quello di Simon servono egregiamente a tutti i bisogni. Talvolta per iscovrire una fistola piccola e distendere meglio la parete anteriore vaginale senza covrirla, può ben servire lo speculum di Meadow.

Io mi servo dello speculum Sims-Bozeman, ma a cucchiai molto più corti.

Operando in posizione pella operazione della pietra, lo speculum di Simon a manico semplice e mobile è una necessità; ma operando in posizione delle ginocchia e dei gomiti, o torace, o laterale lo speculum a doppio cucchiaio è utilissimo. Il cucchiaio della parte opposta a quello che è applicato in vagina, pare fatto a bella posta per servire da punto di presa e di appoggio della mano, che lo deve e può sostenere per lunga pezza, perchè sostenuta dal piano sacrale.

Salvo il caso di vagine lunghissime, il mio corto speculum serve perfettamente, perchè, senza infossare molto in alto ed inutilmente il fornice posteriore, permette all'utero e parete anteriore della vagina di discendere ed avvicinarsi molto all'orificio vulvare.

Non si può a priori stabilire quale sia la posizione più convenevole a ciascuno singolo caso. Accade anzi talvolta che una data posizione (per es. ginocchia e torace) si presta egregiamente a fare scovrire ed osservare la fistola, mentre essa poi non è la più

propria a permettere una commoda operazione; perchè nel primo caso la fistola s' approfonda di troppo e s' allontana dall' apertura vulvare.

Senza discussione, nei casi di grandi difformazioni e retrazioni cicatriziali della vagina, il metodo preparatorio di Bozeman non pure è utilissimo, ma necessario. Casi giudicati incurabili per quelle difformazioni, distruzioni e fissazioni hanno potuto esser così modificati, da prestarsi ad una bella operazione seguita da successo. Carlo Pawlik ultimamente ce ne ha dato le migliori pruove. Raro è il caso, che le incisioni multiple delle briglie cicatriziali, come una volta assai spesso si praticavano, entrino nella pratica dei moderni chirurgi; poichè si riesce allo stesso scopo con i mezzi più certi e conseguenti.

L' introduzione metodica, paziente, giornaliera delle dita, poi dello stesso speculum tavolta dilata ed accomoda così le parti nel corso di pochi giorni, che non occorre altro per procedere all'operazione. Chi non dispone di dilatatori pieni di guttaperca, può ben servirsi dello stesso speculum Fergusson graduato. Nella 2.ª mia osservazione riuscii con quel semplice mezzo a distendere quella briglia cicatriziale, che in un primo tempo credetti avesse dovuto obbligarmi a degli sbrigliamenti.

Le iniezioni abbondanti e frequenti d'acqua tiepida in vagina, congiunte specialmente a semicupii, oltre a riuscire come mezzo di nettezza, rendono più soffici e cedevoli le parti, e meno irritabili. E così anche le inferme sopportano più agevolmente le manovre di dilatazione con questa semplice pratica preparatoria, la quale serve pure a permettere uno studio più accurato delle specialità del caso, ad abituare la paziente, nonchè a procurare una certa mobilità e scorrevolezza delle parti, precipuamente delle margini e dintorni della fistola.

È necessario che le margini della fistola siano agevolmente scorrevoli, e possano riavvicinarsi senza bisogno di forte trazione; altrimenti i delicati punti della cucitura si lacerano, i forami dei fili s'allargano e la operazione manca. Ho detto come si può guadagnare quella tale scorrevolezza; ed aggiungo, che le trazioni metodiche e giornaliere sul collo uterino contribuiscono non solo a rendere l'utero mobilissimo, tanto d'avvicinarsi all'ostio vulvare, ma con esso scende anche tutto il tratto vaginale soprastante alla fistola; ed in quelle trasversali specialmente, non è chi non ne vegga il grande vantaggio.

Le labbra della fistola della 2.ª Oss. erano assai tese e discoste tra loro , sì da permettere l' estroversione di parte della mucosa vescicale. Ebbene, tirando in giù ogni giorno il labbro posteriore dell'utero, il margine posteriore fistoloso e vagina soprastante acquistarono assai di mobilità e scorrevolezza, da permettere un facile riavvicinamento col margine anteriore.

Abbenchè di raro, pure può occorrere qualche sbrigliamento per ottenere quella tale scorrevolezza , che, essendo giudicata necessaria , non ha potuto ottenersi altrimenti. Se non mi fossi fatto imporre dalla possibilità di ferire la pudenda interna, mi sarei fin dal principio deciso nella 2.ª Oss. a praticare un' incisione sottocicatriziale, per distaccare l'angolo cicatriziale dritto dalle sue strette aderenze coll'osso sottostante. Ma colla pazienza potei fare a meno di quello espediente, e venni a capo del mio intento, la chiusura della fistola.

Quando si praticano gli sbrigliamenti dei punti stenosati e delle briglie cicatriziali, ad evitare il rimarginamento delle fatte incisioni, è necessario che si cauterizzino le superficie sanguinanti con una soluzione di nitrato d'argento al 10 °|₀ (Pawlik).

Pawlik non si contenta di tutti questi mezzi preparatorii, ma dice che oggi è dovere d'ogni operatore, pria di procedere alla cucitura di una fistola, il cercare l'apertura ed il decorso degli ureteri in vescica. Molte operazioni mancano, egli dice, perchè, non essendosi prima riconosciuti gli ureteri , si sono compresi nella cucitura. Allora, secondo lui, o accadono fenomeni gravi di ritenzione urinosa (dolori colici diffusi lungo gli ureteri fino al rene, dolori di testa, febbre ecc. ecc.), oppure s'ulcerano i punti, e la rima di riunione e la fistola si riaprono. Gli ureteri sono compresi nella cucitura più frequentemente di quello, che si crede ; e se non s'osservano colla frequenza le conseguenze, è perchè può avvenire una favorevole eventualità; l'uretere, cioè, strozzato dal filo, viene infine reciso , e quindi il capo superiore resta dislocato ed aperto di sopra la rima di riunione.

Nessuno può disconoscere le importanti osservazioni di Pawlik; ma il dire che l'ordinaria ragione delle mancate operazioni sia il non essersi reso conto preciso dello sbocco degli ureteri , e che oggi non si dovrebbe operare, senza prima provvedere a quella parte, è un' esagerazione. Non occorre per questo, che io faccia delle osservazioni ; ogni operatore può colla propria esperienza fare la critica di quella proposizione. Anatomicamente può dimo-

strarsi che i casi, nei quali gli ureteri sboccano nelle margini della fistola, non sono comuni; vuoi perchè la perdita di sostanza accadde lontano da essi, vuoi perchè, essendo estesa la breccia primitiva, la retrazione cicatriziale, specialmente della parete vaginale, per la quale la fistola tende sempre a restringersi, l'allontana sempre più dallo sbocco di quelli in vescica. D'altro verso, l'operazione mancata una volta, essendo quella la ragione, dovrebbe mancare una seconda, una terza volta ecc. ecc. Mentre il fatto è che moltissime fistole, per non dire il maggiore numero, guariscono dopo una seconda, una terza volta ecc. ecc.

La ricerca poi degli ureteri e l'immissione dentro di piccoli cateterini pria e durante l'operazione, come esige Pawlich, è una pratica difficilissima, e non riesce sempre, anche in mani espertissime. Allora l'operazione della fistola dovrebbe essere riservata a pochi privilegiati ed esercitati operatori. La Dio mercè, non è così! e quella operazione non è difficile nel più dei casi, e merita di essere popolarizzata tra i giovani chirurgi di provincia.

Ad ogni modo ecco quale è il metodo di Pawlik per la ricerca e cateterismo degli ureteri.

La manovra non è facile, costa talvolta molta fatiga, e non sempre ci si riesce.

Siccome gli ureteri sboccano in alcuni casi sulle margini della fistola e sono designati da piccole prominenze, piccoli bottoni, quasi fossero di granulazione, così basta cercare con un piccolo catetere o specillo sulla parte più culminante di quel bottone o ai lati per capitare nel lume dell'uretere.

Altrimenti deve procedersi, se essi sboccano nei dintorni dell'apertura fistolosa. Esposta bene la fistola, con un piccolo uncino acuminato si tira giù fuori quella porzione di mucosa vescicale più vicina all' orificio fistoloso, mentre con un altro uncino, tenuto coll'altra mano, si riprende a tirare la mucosa in un punto superiore, e così successivamente, fino a che si produce un discreto ectropion della mucosa vescicale e la scovertura quindi degli sbocchi ureterici.

Pawlik, pria di procedere al ravvivamento e cucitura, immette due piccoli cateteri negli ureteri, e procede così. Introdotto il primo catetere pell' uretra in vescica, lo fa riescire dall' orificio fistoloso, dove con una pinzetta prendendo la sua sottile estremità la conduce nella prima apertura ureterica, e così ripete la manovra con altro catetere pel secondo uretere.

Fissati così gli ureteri, già rialzati dai cateteri, ei procede oltre nell' operazione colla sicurezza di non poterli ferire o comprenderle nella cucitura.

Dalle poche operazioni da me fatte e dalle altre viste fare mi son persuaso che, sì in riguardo a tutti gli atti operativi, come a quei preparatorii, non si possono stabilire regole fisse circa al ravvivamento. Ora serve il coltellino curvo o retto, or la forbice. Ora il ravvivamento deve comprendere la mucosa vescicale ed ora no. Quando le margini sono sottili, labbriformi, è impossibile non ravvivare la mucosa vescicale. Ora i punti devono piazzarsi molto ravvicinati, a 4 o 5 millim. ed ora più distanti (quando le margini sono molto spesse e soffici).

Assai spesso s'è nella necessità di comprendere colla cucitura la mucosa vescicale, e, sol quando si ha abbastanza spessore delle margini, si può stare al precetto americano di far passare il filo di sotto immediatamente alla mucosa, senza comprenderla.

Una sola volta mi son servito dei fili di seta, e me ne trovai scontento. I tessuti vaginale e sotto vaginali, una volta stretti dal filo, cedono facilmente, e dopo uno o due giorni sotto la pressione si riducono assai, o per semplice atrofia, o per ulcerazione, o per tutti e due insieme. Se il filo è metallico, la forma dell' ansa si mantiene e continua a tenere le margini in corrispondenza; mentre che essendo di seta, l'ansa, cedendo, si riduce alla forma di bottoniere e lascia di sostenere lateralmente i lati della fistola. I fili d'argento, senza discussione, sono meno atti ad essere impregnati ed infiltrati di materie purulenti e putride, e perciò riescono meno offensivi e lesivi ai tessuti sanguinanti coi quali sono in contatto; vero è che la rimozione dei punti d'argento è più difficile e delicata, ma con un pò di pazienza agevolmente si superano quelle piccole difficoltà. Per l' attorcigliamento dei fili d' argento serve male il comune serranodi di Roux. Siccome sui margini sottili degli anelli il filo d'argento si piega a gomito, ed è là che tutta la forza di trazione e torsione s'accentra, così accade spesso che il filo là si spezza.

Serve meglio una comune pinzetta : io mi servo di una piccola morsetta da orologiaio, colla quale, fermando i due capi del filo, li giro sino a che l' attorcigliamento spirale dei due fili arriva a stringere le margini recentate, mentre colla fenditura del padiglione d'una comune guida i due fili, stretti parallelamente, sono aggiustati e tenuti fermi contro la rima della fistola. Utile è tal-

volta convincersi con un' iniezione in vescica che la chiusura è completa; diversamente può aggiungersi altro punto.

Tagliati i cordoni dei fili attorcigliati e lasciatili così liberamente, accade che i loro estremi acuminati, poggiando per giorni contro la vagina, fanno decubito e sono cagioni di molestie. Nell'introdurre poi lo speculum durante i giorni di cura quegli estremi metallici sono di grande impiccio. A prevenire quest'inconveniente, io mi servo di una pezzuola piegata a più doppii, la quale, piazzata tra il cucchiaio dello specclum ed i fili depressi tutti in avanti, permette facilmente di ritirare od introdurre lo speculum, mentre protegge la parete posteriore vaginale dal contatto metallico.

Un catetere Nelaton è fissato in vescica. I peli delle grandi labbra, portati contro il catetere e stretti con un filo, servono egregiamenle a fissarlo. Dopo pochi giorni il catarro vescicale diviene molesto; allora rimuovo il catetere e mi contento del cateterismo fatto cinque o sei volte nel corso delle 24 ore. La giovane della 3.ª Oss. fin dal 5º giorno urinò da sè.

Grande nettezza vuole essere mantenuta in vagina. Una ferita fresca, come quella che risulta dal ravvivamento, richiede certe condizioni necessarie, perchè venga a riunione immediata; e principalissima è quella di non esser disturbata dal contatto di materiali guasti e putridi.

Fra il 7.º e 9.º giorno i fili sono rimossi. Nella 3.ª Osser. la riunione essendo avvenuta perfetta, io rimossi i fili al 7.º dì, tanto più che nella 1.ª Oss. ebbi il dispiacere veder residuarsi un'orificio fistoloso in corrispondenza d'un filo metallico lasciato molto tempo in sito.
